
	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2022

Procedimiento de Acciones Correctivas



INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
DIRECCIÓN EJECUTIVA DEL REGISTRO FEDERAL DE
ELECTORES

TABLA DE RESPONSABLES			
Elaboró:	Sistema de Gestión de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> Ing. Ricardo Sánchez Sánchez. 	
Revisó	Dirección de Operación y Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Ing. Alberto Rojas Carbajal 	
Aprobó:		<ul style="list-style-type: none"> Mtra. Elsa Etelvina Sánchez Díaz 	

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2022

1. OBJETIVO

Establecer una metodología que permita detectar, analizar y eliminar las causas de no conformidades reales, estableciendo acciones orientadas a la mejora continua a partir de las salidas no conformes y no conformidades identificadas.

2. ALCANCE


Aplica a los procesos involucrados en el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad.

3. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

- ✓ ISO 9000 ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad Fundamentos y Vocabulario.
- ✓ ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad Requisitos.
- ✓ Manual de Gestión de la Calidad.

4. ROLES Y RESPONSABILIDADES.

No.	Rol	Responsabilidades
4.1	Dueños de Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar, identificar y analizar las no conformidades y oportunidades de mejora de los procesos y notificar al Coordinador del SGC. • Asegurar el cumplimiento de las acciones tomadas para eliminar las no conformidades. • Generar evidencia para el cumplimiento de la Cédula de No Conformidad y Plan de Cambios y Mejoras y dar seguimiento hasta el cierre.
4.2	Coordinador del SGC	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar y analizar las no conformidades u oportunidades de mejora detectadas. • Registrar y analizar las no conformidades y oportunidades de mejora del SGC identificadas en auditorías internas y externas. • Dar seguimiento y cerrar las no conformidades y/o oportunidades de mejora identificadas en el SGC. • Comunicar el estatus de las no conformidades en las revisiones por la dirección. • Mantener y resguardar la evidencia de la implementación de las acciones tomadas de manera digital y/o física.
4.3	Equipo Auditor	<ul style="list-style-type: none"> • Identifican y analizan las no conformidades y oportunidades de mejora del SGC y notificar a la Alta Dirección. • Verificar la efectividad de la acción implementada. • Cerrar las no conformidades.
4.4	Alta Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobar la Cédula de No Conformidad y Plan de Cambios y Mejoras para su ejecución.

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2022


No.	Rol	Responsabilidades
		<ul style="list-style-type: none"> Validar estatus de las no conformidades y oportunidades de mejora al SGC en la revisión por la dirección

5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Termino	Definición
Acción Correctiva	Acción tomada para eliminar las causas de una No conformidad detectada o de alguna situación potencialmente indeseable y evitar que vuelva a ocurrir.
Acción Preventiva	Acción tomada para eliminar la causa de una No conformidad potencial u otra situación indeseable.
Auditoría	Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencia del desempeño de los procesos, que permite evaluar de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los requerimientos de la norma ISO 9001:2015.
Cédula de No Conformidad	Formato del SGC donde se incluyen las acciones correctivas de No conformidades.
Corrección	Acción para eliminar una No conformidad detectada.
Hallazgos de la Auditoría	Resultado de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.
Control del Riesgo	Acción tomada para prevenir un riesgo o reducirlo a un nivel aceptable, con el fin de que el SGC pueda lograr los resultados previstos.
Mejora	Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.
No Conformidad	Incumplimiento de un requisito.
Plan de Cambios y Mejoras	Formato donde se establecen los cambios y mejoras para el SGC.

6. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

- 6.1 El Coordinador del SGC debe asegurarse que se mantenga un registro actualizado de cada una de las **Cédulas de No Conformidad y Planes de Cambios y Mejoras** emitidas en el SGC.
- 6.2 Para la **Cédula de No Conformidad y Planes de Cambios y Mejoras** que no se ejecute en el tiempo establecido, se debe generar la justificación del desfase de tiempo y adecuar las fechas de la **Cédula de No Conformidad** para cerrar la no conformidad.


	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2022

7 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES


7.1 Generalidades

En este procedimiento se resalta la eficacia y eficiencia de los procesos cuando se toman acciones enfocadas a eliminar las causas de las no conformidades y riesgos para evitar que ocurran y/o vuelvan a suceder, así como, tomar acciones enfocadas a aprovechar las oportunidades de mejoras internas y/o externas que potencialicen la eficacia y eficiencia del SGC.


No.	Responsable	Actividades
7.2 Identificación y registro.		
7.2.1	Dueños de Procesos y personal involucrado del SGC	<p>Identifica no conformidades, observaciones, riesgos y oportunidades de mejora, tomando en cuenta como posible origen algunas de las siguientes fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quejas o reclamos de los ciudadanos y/o partes interesadas (que procedan e impacten de manera directa la imagen de la Institución o la calidad del servicio ofrecido). • Resultados de las mediciones y tendencias de la satisfacción a la ciudadanía. • Informes de auditorías internas o externas. • Resultados de la revisión del SGC por la Alta Dirección. • Resultados de las Juntas del Comité de la Calidad. • Incumplimiento u omisión de las actividades establecidas en los procesos y/o procedimientos. • Fallas repetitivas en los procesos. • Resultados del seguimiento, medición, análisis y evaluación de datos. • Incumplimiento de los Objetivos de la Calidad. • Incumplimiento de algún indicador de proceso. • Análisis de Riesgos de los Procesos Sustantivos y de Apoyo y la Matriz de Contexto del Plan Estratégico. • Entre otras. <p><i>Nota: las observaciones solo serán resultado de los hallazgos detectados en las auditorías internas, según lo establece el Procedimiento de Auditorías Internas en su versión vigente.</i></p>
7.2.2		<p>Realiza una Cédula de No Conformidad con el fin de prevenir la ocurrencia y recurrencia de situaciones de no conformidad; así como, solicitar una mejora con el fin de aprovechar las oportunidades tanto internas como externas relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad.</p>

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2022


No.	Responsable	Actividades
7.3 No conformidad, riesgo, observación y oportunidad de mejora.		
7.3.1	Coordinador del SGC y personal involucrado del SGC	<p>Revisa las no conformidades, observaciones, riesgos y oportunidades de mejora detectadas por cualquier canal para verificar el establecimiento de las acciones pertinentes según proceda (acción correctiva, corrección, control del riesgo y mejora).</p> <p>Nota: Solamente se puede declarar improcedente una solicitud cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El problema real o potencial u observación descrita no tenga ninguna relación con el SGC. • Cuando se compruebe que no existe ningún problema real o potencial u observación. • Cuando ya exista una acción previamente establecida relacionada con la no conformidad, observación u oportunidad de mejora.
7.3.2	Coordinador del SGC	En caso de no proceder la no conformidad, observación, riesgo u oportunidad de mejora, realiza la aclaración pertinente, comunica a las personas involucradas la situación y da por cerrada la solicitud.
7.3.3	Coordinador del SGC y personal involucrado del SGC	Sí procede la observación, realiza el análisis correspondiente para determinar las acciones a realizar (corrección).
7.3.4	Coordinador del SGC y personal involucrado del SGC	Sí procede la no conformidad, riesgo u oportunidad de mejora, realiza el análisis correspondiente para encontrar la causa raíz .
7.4 Análisis de causa raíz.		
7.4.1	Coordinador del SGC y personal involucrado del SGC	<p>Para la identificación de las causas de no conformidades, riesgos, u oportunidades de mejora, utiliza alguna de las herramientas estadísticas y/o de calidad siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de los 5 ¿Por qué's? • Diagrama de Espina de Pescado o Ishikawa. • Diagrama de Pareto. • Gráficos de Control. • Lista de verificación. • Entre otras. <p>Es importante tomar en cuenta que la herramienta utilizada para encontrar una causa raíz, debe ser congruente con la descripción de la no conformidad, riesgo u oportunidad de mejora encontrada.</p>
7.4.2		Realizan en conjunto el análisis de la causa raíz para darle mayor utilidad a la técnica a utilizar.

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2022


No.	Responsable	Actividades
7.4.3	Coordinador del SGC y personal involucrado del SGC	Conserva la evidencia de la aplicación de la herramienta utilizada para llegar a la causa raíz como información documentada. Dicha evidencia se puede encontrar en físico o en electrónico.
7.5 Determinación de las acciones.		
7.5.1	Coordinador del SGC y personal involucrado del SGC	<p>Dependiendo de la naturaleza y los resultados de la no conformidad, observación, riesgos u oportunidad de mejora detectada, procede a tomar cualquiera de las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corrección: Acción tomada para eliminar una observación, por lo que no se requiere determinar la causa raíz. Estas acciones deben ser inmediatas y sin demora alguna. Sin embargo, cuando se identifiquen más de 3 correcciones al mismo criterio no importando el periodo, se debe establecer una acción correctiva. • Acción correctiva: Acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad detectada o de alguna situación potencialmente indeseable y evitar que vuelva a ocurrir, ésta puede incluir acciones específicas según la causa raíz identificada. • Control del Riesgo: Acción tomada para prevenir un riesgo o reducirlo a un nivel aceptable, con el fin de que el SGC pueda lograr los resultados previstos. • Mejora: Acción tomada para potencializar y/o eficientar los procesos o la totalidad del SGC. <p>Las no conformidades siempre se atenderán por medio de una acción correctiva, con el fin de identificar y eliminar las causas que la ocasionaron y evitar que esta vuelva a ocurrir.</p>
7.5.2		Documenta las observaciones en un tiempo máximo 5 días hábiles después de haber sido identificada.
7.5.3		<p>Documenta las no conformidades, riesgos y oportunidades de mejora al SGC, en un tiempo máximo 10 días hábiles después de haberlas identificado por cualquier canal existente.</p> <p>Nota: Las acciones pueden ser a corto, mediano o largo plazo las cuales deben ser apropiadas a la magnitud de los problemas u oportunidades de</p>

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2022

No.	Responsable	Actividades
		<i>mejora, proporcional al impacto ocasionado, así como a las características y recursos de la Institución.</i>
7.5.4	Coordinador del SGC y personal involucrado del SGC	<p>Documenta cualquiera que sea la acción en la Cédula de No Conformidad (cuestiones negativas) y/o Plan de Cambios y Mejoras (cuestiones positivas), según corresponda, y programa las actividades correspondientes con base en el Plan de trabajo de estos formatos.</p> <p>Nota: Se aplicará la Cedula de no conformidad para la atención de los riesgos con base en el resultado obtenido en el Análisis de Riesgos de los Procesos Sustantivos y de Apoyo, y de la Matriz de contexto del Plan estratégico de la Entidad.</p>
7.5.5	Coordinador del SGC	Si las acciones realizadas modifican algún documento del SGC, realiza los cambios correspondientes de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento de Información Documentada en su versión vigente.
7.6 Aprobación y ejecución de planes de trabajo		
7.6.1	Alta Dirección	Aprueba las acciones descritas en la Cedula de no conformidad y/o Plan de Cambios y Mejoras.
7.6.2	Coordinador del SGC	Envía la Cedula de no conformidad y/o Plan de Cambios y Mejoras con el plan de trabajo aprobado por la Alta Dirección a los responsables de ejecutar las actividades correspondientes.
7.6.3	Personal involucrado del SGC	Ejecuta las actividades establecidas en el plan de trabajo.
7.6.4		Genera y mantiene la evidencia necesaria que sustente la ejecución de estas actividades.
7.7 Seguimiento a la implementación de las acciones.		
7.7.1		Revisa periódicamente el Reporte de Seguimiento de Acciones y Mejoras del SGC para verificar el estatus que guardan las Cedulas de no conformidad o los Planes de Cambios y Mejoras , para su envío a la Alta Dirección.
7.7.2	Coordinador del SGC	<p>Coloca en el Reporte de Seguimiento de Acciones y Mejoras del SGC las fechas de seguimiento de acuerdo con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de detección, coloca la fecha cuando inicia la acción a aplicar. • Fecha de cumplimiento, coloca la fecha máxima de cumplimiento total de la acción aplicada. • Fecha de cierre, coloca la fecha cuando se termina de verificar la acción aplicada; ésta puede o no coincidir con la fecha de cumplimiento, sin embargo, no puede exceder de más de 15 días hábiles de la fecha de cumplimiento establecida.


	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2022

No.	Responsable	Actividades
7.8 Validación de la eficacia de las acciones.		
7.8.1	Coordinador del SGC	Registra en el Reporte de Seguimiento de Acciones y Mejoras del SGC , en la columna Eficacia de las acciones tomadas , la información documentada generada a partir de las acciones tomadas, con el fin de que se pueda constatar que éstas fueron eficaces (es necesario que se demuestre que existe un muestreo o una revisión física de la evidencia de las acciones realizadas para verificar la eficacia de estas acciones en cualquiera de los casos).
7.8.2	Coordinador del SGC	Registra en la columna Resultado de la eficacia como eficaz la evidencia de las acciones tomadas.
7.8.3	Coordinador del SGC y/o Auditor Líder	Una vez que se tiene evidencia de la eficacia, respecto de las acciones tomadas, cierra las no conformidades, observaciones, riesgos, u oportunidades de mejora en el Reporte de Seguimiento de Acciones y Mejoras del SGC , en la columna estatus como cerrada . <i>Nota: el Auditor Líder solo validara la eficacia de las acciones tomadas cuando estas sean resultado de los hallazgos identificados en una auditoría interna del SGC, esto con base en los criterios establecidos en el Procedimiento de Auditorías Internas vigente.</i>
7.8.4	Coordinador del SGC	Actualiza y comunica el reporte a la Alta Dirección en la Minuta de Revisión por la Dirección .
7.8.5		Resguarda la información documentada generada ya sea de forma física o electrónica.
7.9 Replanteamiento de la Cédula de No Conformidad y/o Plan de Cambios y Mejoras.		
7.9.1	Coordinador del SGC y personal involucrado del SGC	Si detecta que las acciones durante la implementación no están dando el resultado esperado, antes de que se concluya la fecha de cumplimiento, debe replantear dicha Cédula de No Conformidad y/o Plan de Cambios y Mejoras , colocando en la columna de observaciones la fecha con la que se considera como cancelada la implementación.
7.9.2		Replantea la Cédula de No Conformidad y/o Plan de Cambios y Mejoras .
7.9.3	Coordinador del SGC	Registra la nueva Cédula de No Conformidad y/o Plan de Cambios y Mejoras en el Reporte de Seguimiento de Acciones y Mejoras del SGC , realizando un replanteamiento desde la causa raíz y revisando la información que se generó. <i>Nota: No se puede reprogramar ninguna fecha derivada del atraso o nulo seguimiento a la Cédula de No Conformidad y/o Plan de Cambios y Mejoras.</i>

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2022

8 CONTROL DE CAMBIOS

Número de Versión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
6.6	Agosto 2022	Se realiza el cambio de versión del documento por actualización del SIIRFE-MAC a la versión 6.6.

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2022

9 ANEXOS

ANEXO A.

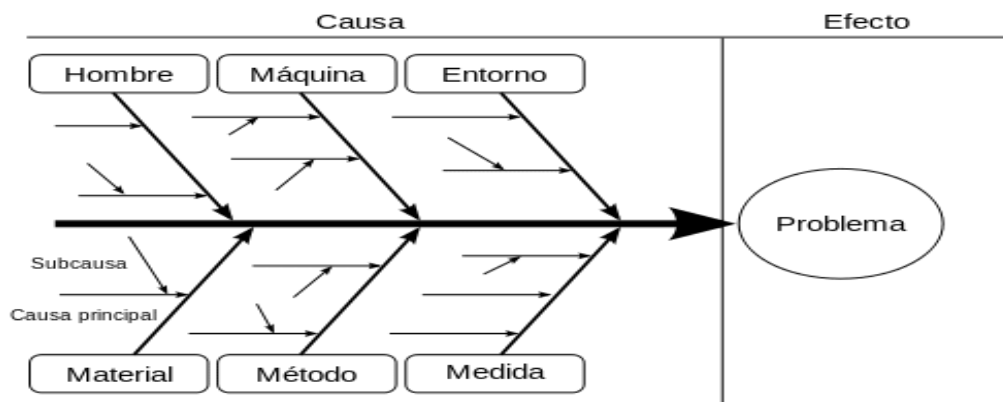
Herramientas para Identificar las Causas de las Acciones Correctivas

Diagrama de Causa-Efecto


El **Diagrama de Ishikawa** o **Diagrama de Causa Efecto** (conocido también como **Diagrama de Espina de Pescado** dada su estructura) consiste en una representación gráfica que permite visualizar las causas que explican un determinado problema, lo cual la convierte en una herramienta de la **Gestión de la Calidad** ampliamente utilizada dado que orienta la toma de decisiones al abordar las bases que determinan un desempeño deficiente.

La estructura del Diagrama de Ishikawa es intuitiva: identifica un problema o efecto y luego enumera un conjunto de causas que potencialmente explican dicho comportamiento. Adicionalmente cada causa se puede desagregar con grado mayor de detalle en sub-causas. Esto último resulta útil al momento de tomar acciones correctivas dado que se deberá actuar con precisión sobre el fenómeno que explica el comportamiento no deseado.

Una representación del Diagrama de Causa Efecto o Diagrama de Espina de Pescado tiene la siguiente forma:



1. Hacer un diagrama en Blanco.
2. Escribir de forma concisa el problema o efecto.
3. Escribir las categorías que se consideren necesarias apropiadas al problema; **maquina, mano de obra, materiales** y **métodos** que son los más comunes y se aplican en muchos procesos.
4. Realizar una lluvia de ideas de posibles causas y relacionarlas con cada categoría.
5. Preguntarse ¿Por qué? A cada causa, nomás de dos o tres veces. ejemplo: ¿Por qué no se dispone de tiempo necesario?
6. Empezar por enfocar las variaciones en las causas seleccionadas como fácil de implementar y de alto impacto.
7. Todas las espinas deben de ser causas posibles.

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2022

8. Todas las causas deben ser presentadas en las vías que indiquen de cómo se relaciona con el problema.
9. La disposición de las espinas debe de reflejar las relaciones entre las causas.

Diagrama de Pareto

Es una herramienta que se utiliza para priorizar los problemas o las causas que lo generan. El nombre de Pareto fue dado por el Dr. Juran, en honor del economista italiano Vilfredo Pareto (1848-1923) quien realizó un estudio sobre la distribución de la riqueza, en el cual descubrió que la minoría de la población poseía la mayor parte de la riqueza y la mayoría de la población poseía la menor parte de la riqueza. El Dr. Juran aplicó este concepto a la calidad, obteniéndose lo que hoy se conoce como **la regla del 80/20**. Según este concepto, si se tiene un problema con muchas causas, podemos decir que el 20% de las causas resuelven el 80% del problema y el 80% de las causas solo resuelven el 20% del problema.

Se recomienda el uso del diagrama de Pareto

- Para identificar oportunidades de mejora.
- Para identificar un producto o servicio para el análisis de mejora de la calidad.
- Cuando existe la necesidad de llamar la atención a los problemas o causas de una forma sistemática.
- Para analizar las diferentes agrupaciones de datos.
- Al buscar las causas principales de los problemas y establecer la prioridad de las soluciones.
- Para evaluar los resultados de los cambios efectuados a un proceso comparando sucesivos diagramas obtenidos en diferentes momentos (antes y después).
- Cuando los datos se pueden clasificar en categorías.
- Cuando el rango de cada categoría es importante.
- Para comunicar fácilmente a otros miembros de la Institución las conclusiones sobre causas, efecto y costes de errores.


Los propósitos Generales del Diagrama de Pareto

- Analizar las causas.
- Estudiar los resultados.
- Planear una mejora continua.

La Gráfica de Pareto es una herramienta sencilla pero poderosa al permitir identificar visualmente en una sola revisión las **minorías de características vitales** a las que es importante prestar atención y de esta manera utilizar todos los recursos necesarios para llevar a cabo una acción de mejora sin malgastar esfuerzos ya que con el análisis descartamos las **mayorías triviales**.

Algunos ejemplos de tales minorías vitales son:

- La minoría de clientes que representen la mayoría de las ventas.
- La minoría de productos, procesos, o características de la calidad causantes del desperdicio de los costos por retrabajos.

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2022

- La minoría de rechazos que representan la mayoría de las quejas de los clientes.
- La minoría de vendedores que están vinculados a la mayoría de las ventas rechazadas.
- La minoría de problemas causantes del retraso de un proceso.
- La minoría de ventas que representa la mayoría de las ganancias obtenidas.
- La minoría de materia prima que representa la mayor parte del costo de un inventario.

La Técnica de los 5 ¿Por qué?

Es un método basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular. El objetivo final de los 5 Por qué es determinar las causas raíz de un defecto o problema.

Esta técnica se utilizó por **primera vez en Toyota** durante la evolución de sus metodologías de fabricación, que luego culminaría en el Toyota Production System (TPS). Esta técnica se usa actualmente en muchos ámbitos y también se utiliza dentro del Six Sigma.

Ejemplo:

El siguiente ejemplo sencillo nos muestra el uso de este método. Partimos de un Postulado:

El problema: **Mi auto no Arranca.**

1. ¿Por qué no arranca? Porque la batería está muerta.
2. ¿Por qué la batería está muerta? Porque el alternador no funciona.
3. ¿Por qué el alternador no funciona? Porque se rompió la cinta.
4. ¿Por qué se rompió la cinta? Porque el alternador está fuera de tiempo útil de vida y no fue reemplazado.
5. ¿Por qué no fue reemplazado? Porque no estoy manteniendo mi auto de acuerdo con las recomendaciones dadas por el fabricante.

Evidentemente, este ejemplo podría seguirse más aún, con más preguntas. Esto sería correcto, ya el “cinco” en la técnica de los “5 Por qué”, no es fijo, sino más bien una invitación a hacer varias iteraciones para encontrar la causa raíz.

